FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° 407

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Mention : MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 17 JUILLET 1907, A 1 HEURE

Par Marie SÉVERAC, née RAÏTSISS

Née à Odessa, le 14 janvier 1881.

ARRÊT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

par Dilatation du Col de l'Utérus

PAR DES TIGES DE LAMINAIRE AVANT L'EXPULSION DE L'ŒUF

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.
LEPAGE, PIERRE DUVAL } agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE, 1

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM. AUVRAY	MM. DESGREZ	MM. LEGRY	MM. PROUST
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des Trav. anat.
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BROCA (And.)	GOUGET	MARION	THIROLOIX
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CLAUDE	LABBE	MERY	WALLICH
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Secrétaire de la Faculté : *M. DESTOUCHES.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

ARRÊT

DES

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

PAR DILATATION DU COL DE L'UTÉRUS

PAR DES TIGES DE LAMINAIRE AVANT L'EXPULSION DE L'ŒUF

INTRODUCTION

Les vomissements au cours de la grossesse sont d'une telle fréquence, qu'on les considère en général comme un des symptômes normaux de cet état.

Mais, tandis que certains d'entre eux, dits vomissements simples, ne donnent aucun sujet d'inquiétude ni par leur fréquence, ni par leur abondance, il en est d'autres qui revêtent rapidement une gravité particulière : ce sont les vomissements incoercibles.

A la vérité, ce dernier qualificatif ne doit pas signifier, comme le voudrait son étymologie, « impossibles à arrêter », mais bien « qui résistent longtemps aux moyens thérapeutiques ordinaires ». Ces vomissements sont ceux qui, par leur répétition, finissent par compromettre gravement la santé de la femme enceinte et vont jusqu'à menacer sa vie.

La fréquence relativement assez grande de ces accidents, leur pronostic toujours sérieux et l'impuissance thérapeutique à laquelle on se heurte trop souvent, et qui conduit ainsi à la « thérapeutique de désespoir », à l'avortement, ont attiré l'attention des médecins, qui ont conseillé de multiples procédés de traitement.

Notre but n'est pas d'exposer en détail ces différents traitements, mais seulement d'apprécier la valeur de la méthode qui consiste à dilater le canal cervical soit avec un ou deux doigts, comme l'a fait Copeman, soit avec des tiges de laminaire.

Voici quel sera le plan de notre travail : dans un premier chapitre nous résumerons la symptomatologie et la pathogénie des vomissements graves; dans un second chapitre, nous rappellerons brièvement les différents traitements médicaux employés et nous insisterons sur la méthode de Copeman et sur la dilatation du col avec des tiges de laminaire; enfin, nous apprécierons la valeur de cette méthode en nous appuyant sur les observations que nous avons réunies dans le chapitre III et dont la dernière, recueillie à la Clinique Tarnier, a été le point de départ de ce travail.

Qu'il nous soit permis auparavant de remercier nos maîtres des Facultés de Montpellier et de Paris de l'enseignement qu'ils nous ont donné, et particulièrement M. le professeur agrégé Lepage, qui nous a donné l'idée première de ce travail et a bien voulu nous aider de ses précieux conseils.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Les vomissements incoercibles peuvent se montrer dès les premières semaines de la grossesse, le plus souvent entre le premier et le troisième mois.

Depuis l'étude magistrale qu'en a faite Paul Dubois en 1848, on divise leur marche en trois périodes.

Ils succèdent insensiblement aux vomissements simples et la ligne de démarcation est assez difficile à préciser exactement. C'est un état nauséeux permanent, une augmentation alarmante de fréquence et de violence de ces accidents qui attirent tout d'abord l'attention.

La malade ne peut parfois plus supporter la moindre quantité de boissons ou d'aliments, et on a pu voir les nausées se répéter toutes les cinq minutes.

Les matières vomies sont des mucosités, de la bile, des aliments ingérés; elles sont parfois striées de sang, mais toujours très acides. Il y a une hyperchlorhydrie constante. Enfin, ces vomissements causent parfois de véritables douleurs dans la région épigastrique, par suite de la violence des efforts. Ils peuvent être accompagnés de ptyalisme.

La malade est bientôt condamnée à une abstinence presque complète : non seulement elle craint de voir les accidents se reproduire si elle essaie de s'alimenter, mais un insurmontable dégoût la saisit.

L'inanition, la douleur, la fatigue se combinent ainsi et ne tardent pas à retentir gravement sur l'état général : l'amaigris-

sement devient rapide et excessif, pouvant atteindre 500 grammes, 1 kilogramme même par jour; la faiblesse est extrême.

Cette période dure en général de un à trois mois. Puis les symptômes s'aggravent encore, le pouls devient rapide : la maladie entre dès lors dans la deuxième période. C'est en effet l'accélération du pouls qui, surtout, la caractérise. Le nombre des pulsations atteint 120 à 140 par minute; ceci explique l'erreur des anciens auteurs qui avaient cru à l'apparition de phénomènes fébriles : ils se basaient sur le pouls pour évaluer la fièvre. En réalité, la température est fort peu élevée; elle atteint à peine 38 degrés et souvent même reste normale.

L'état général s'aggrave rapidement : la peau devient sèche et terreuse, les yeux sont excavés, la langue et les dents fuligineuses, l'haleine fétide.

La soif est vive; on a noté de la constipation ou au contraire de la diarrhée. Les urines deviennent rares et chargées. Il y a hypochlorurie; M. Bonnaire a insisté sur l'inversion de la courbe des éliminations azoturiques, indice d'un ralentissement de la nutrition. Enfin l'albuminurie est fréquente et l'on trouve souvent des cylindres. Des phénomènes d'anémie intense se manifestent: il y a hypoglobulie avec diminution de 2 millions et plus de globules rouges. Aussi la malade devient-elle d'une faiblesse extrême, prostrée dans son lit et ne pouvant bouger sans s'exposer à être prise de syncope.

Au bout d'une à trois semaines au maximum, les phénomènes de dénutrition et d'intoxication sont tels que la malade est prise de phénomènes nerveux graves : c'est la troisième période, celle-ci absolument fatale. Brusquement, les vomissements cessent ou tout au moins s'atténuent ; mais c'est ici un phénomène du plus mauvais augure : le pouls reste aussi rapide qu'à la période précédente; il devient petit, filiforme, et les syncopes sont plus fréquentes. Le délire apparaît souvent, accompagné d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. On a noté des tremblements des extrémités, des paralysies diverses, des convulsions. La malade entre dans le coma et meurt en moins d'une semaine.

La durée totale de la maladie n'excède pas en général trois mois. Le pronostic, sérieux dès le début, ne devient absolument fatal pour la mère qu'à la troisième période de la maladie, point important à retenir au point de vue du diagnostic et de l'intervention.

Pathogénie. — En présence d'un tableau clinique aussi net, aussi simple, aussi peu variable dans son évolution, il semblerait que l'on se trouve en face d'une maladie bien déterminée, à causes fixes. En réalité, il n'en est rien, et il semble bien que les vomissements incoercibles de la grossesse constituent un syndrome ressortissant de causes diverses.

Nombreuses ont été les théories pathogéniques émises ; il ne rentre pas dans le cadre de notre sujet de les examiner en détail et nous n'en donnerons qu'un rapide aperçu.

Les vomissements incoercibles semblent être sous la dépendance d'une irritation du système nerveux central. Reste à déterminer la cause de cette irritation.

Dans certains cas où les accidents ont cédé à la réduction de l'utérus, à la cautérisation du col, il semble bien que l'affection utérine (déviation ou flexion, métrite, etc.) ait été le point de départ du réflexe.

Dans quelques cas, il paraît même que les vomissements, qui sont surtout développés dans les premiers mois de la grossesse, proviennent d'une sorte de difficulté qu'éprouve la paroi utérine à se laisser dilater par l'œuf. Divers accoucheurs ont noté, au cours des interventions ayant pour but d'évacuer l'utérus, des difficultés particulières pour dilater le canal cervical et tenant à l'induration ou à la simple rigidité du col. Les manœuvres qu'ils effectuaient alors et qui ouvraient pour ainsi dire l'utérus par son pôle inférieur, produisaient une diminution immédiate dans l'intensité des vomissements.

Il existe de même des cas où ce point de départ était au niveau de l'estomac, atteint d'ulcère ou de cancer, ou de l'abdomen, chez des malades atteintes de hernies.

Dans tous ces faits, le *primum movens* du réflexe était une lésion

locale qui retentissait plus facilement sur le système nerveux central, chez une femme enceinte, dont l'excitabilité réflexe de l'organisme était, par suite de son état particulier, exagérée.

On a d'ailleurs souvent remarqué des particularités de ces vomissements, des caprices bizarres de tolérance stomacale qui les rapprochent des phénomènes hystériques. Et parfois on n'a pu absolument incriminer, pour expliquer ces accidents, que l'hystérie ou l'hystéro-neurasthénie de la malade.

Certaines guérisons par simple suggestion hypnotique mettent hors de doute le rôle de phénomènes purement nerveux, purement réflexes.

Mais à côté de ce premier groupe de malades, il en est un second chez lesquels les vomissements incoercibles semblent avoir pour cause l'intoxication de l'organisme, et par la suite, du système nerveux central. Ici, la grossesse agit comme un facteur de troubles dans la nutrition des organes. C'est le cas le plus fréquent. Il y a parfois simplement une désassimilation plus rapide, et un ralentissement exagéré de la nutrition; nous avons vu les urines devenir rares, hypertoxiques. Tantôt il y a auto-intoxication d'origine intestinale (Copaldi); mais, plus souvent peut-être, insuffisance rénale. Lindemann, Champetier de Ribes, Bouffe de Saint-Blaise ont trouvé des lésions diverses au niveau des reins. M. le Dr Pinard met en avance l'insuffisance hépatique et pense qu'il y a hépatotoxémie. Fruhinsholz et Jeandelise trouveraient la cause de l'auto-intoxication dans l'insuffisance thyroïdienne.

Plus récemment, M. Boissard, se basant sur les troubles résultant de l'ovariotomie, des hystérectomies, de ceux qui suivent la ménopause et qu'il a remarqués semblables en de nombreux points, pense que la grossesse pourrait agir en arrêtant la fonction ovarienne.

L'auto-intoxication, cause des vomissements, viendrait de la suppression de cette fonction, et plus exactement, de la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire.

Ce dernier groupe de théories répond de son côté à un très grand nombre de faits. Mais il est plus probable que les divers

facteurs que nous avons énumérés s'intriquent dans des rapports variables avec les malades et que les phénomènes d'auto-intoxication et les réflexes à point de départ périphérique, utérin dans la majorité des cas, ont chacun une part dans la production de ces accidents.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

Les médications employées pour combattre les vomissements incoercibles de la grossesse sont d'autant plus nombreuses que la cause même de ces accidents, ainsi que nous venons de le voir, est encore mal fixée, ou tout au moins varie avec les diverses catégories de malades. Tout a été essayé, tout a réussi, mais tout également a échoué.

Traitement médical. — La grande part que semblent prendre la névrose ou les troubles purement gastriques dans la pathogénie de cette affection conduit tout d'abord à essayer un traitement médical.

Les médicaments nervins, calmants et sédatifs ont été les premiers employés. Bretonneau, et après lui Trousseau et Guéniot, se sont servis de la belladone, et ce médicament est encore un des plus fidèles.

Les opiacés, en particulier le laudanum (Simpson) ou la morphine (Chabalier), semblent parfois agir, mais tout au début seulement de l'affection. Ces substances, en outre de leur action antispasmodique, ont une action directe sur l'estomac, dont elles modifient la motilité ; elles ont contre elles l'accoutumance rapide des malades, car on doit les employer à hautes doses ; aussi faut-il redouter comme conséquence la morphinomanie si on emploie les injections de morphine.

Le chloral (8 à 10 grammes par 24 heures) a été employé en lavements par Vidal et Henberg, qui ont obtenu des succès par

cette méthode. Il doit être préféré au bromure de potassium, qui occasionne, aux doses de 6 à 8 grammes auxquelles il est efficace, des troubles graves du côté du système nerveux central.

Tels sont les principaux médicaments nervins employés. On s'est encore servi de l'éther et du chloroforme en inhalations, des sels de cérium, de l'iodure et de l'iode, de l'eau de laurier-cerise et du cyanure de K, etc., etc., mais il sortirait de notre sujet de nous étendre sur ces médications qui, toutes, ont eu leurs succès et ont peut-être encore donné plus de déboires.

D'autres auteurs se sont attachés à modifier le milieu stomacal: Corvisart a employé la pepsine, d'autres praticiens la maltine, la pancréatine, Germain l'alcool à haute dose, Dumoulin le kirsch. Ces auteurs ont obtenu des résultats variables, parfois excellents.

V. Antouchevitch, à Orlov-Viatka, prétend obtenir des guérisons complètes et durables en donnant à ses malades le mélange salin de Botkine qui renferme du sel de Glauber, du phosphate de chaux et des bromures.

Le koumys a été préconisé par Sutherland.

Dans un autre ordre d'idées, on a cherché à produire une révulsion permanente au niveau de l'estomac ou sur son appareil nerveux. C'est ainsi que Dezon conseille le maintien en permanence sur le ventre de ballons remplis de fragments de glace. Chapemann fait appliquer le long de la colonne verbébrale des sachets de glace.

On a conseillé l'emploi des sangsues ou des pointes de feu, et des pulvérisations à l'éther au même niveau ou le long de la colonne vertébrale.

Enfin on a électrisé le pneumogastrique. Semmola, Tripier, Champetier de Ribes, Larât et Gautier, etc., etc., ont obtenu par ce procédé des succès non douteux, mais pas sensiblement plus constants qu'avec les autres méthodes.

Signalons en passant le gavage qui a pu, entre les mains de Desplats à Lille, donner certains résultats.

Les inhalations d'O, associées ou non à l'hydrate de chloral, sont employées par M. le professeur Pinard. Des malades ont pu être ainsi guéries, et l'on peut se demander si l'O n'agirait pas en

permettant à l'organisme de brûler plus complètement ses déchets.

Ceci nous amène à parler des méthodes basées sur cette idée que les vomissements incoercibles de la grossesse sont liés à une auto-intoxication : c'est la théorie qui, depuis plusieurs années, est soutenue par le professeur Pinard, qui conseille, pour lutter contre cette intoxication, de recourir au régime lacté, ou, s'il n'est pas toléré, à la diète hydrique.

C'est en rattachant les vomissements à la suppression de la fonction ovarienne que M. le Dr Boissard a été amené à prescrire la glande ovarienne : cette méthode, suivie par Jayle, Jacobs, Spilmann, etc., compte de nombreux partisans.

L'on peut administrer les ovaires frais, hachés menus, à raison d'environ 10 grammes par jour; l'extrait glycériné, ou mieux la poudre d'ovaires desséchés, l'ovarine, sont aussi actifs et beaucoup plus agréables à prendre.

Dans le même ordre d'idées, on a essayé les injections de sérum artificiel et Behm recommande cette méthode; il l'administre en grands lavements, avec une canule aussi longue et aussi profondément enfoncée que possible, à dose de 4 à 6 litres par jour. On peut aussi le prescrire en injections sous-cutanées.

Ces divers modes de traitement doivent être essayés au début de l'affection. Il faudra instituer en même temps un traitement hygiénique et moral approprié. L'on devra surveiller l'hygiène alimentaire. Les distractions, le changement d'habitation, les voyages seront parfois indiqués. Il faudra éviter toutes sortes de surmenages, intellectuel et moral.

Ce dernier point a pour certains auteurs une telle importance qu'on a conseillé et employé la suggestion hypnotique avec succès.

Cependant, soit que l'on ait été appelé trop tardivement, soit pour d'autres causes encore bien mal élucidées, les vomissements, après ou sans amélioration temporaire, peuvent continuer.

Dès lors, l'on doit s'adresser aux méthodes obstétricales.

Traitement obstétrical. — Dans un premier groupe de faits se placent les cas où une altération quelconque de l'utérus gravide est cause du réflexe provoquant les vomissements. C'est ainsi que

la réduction des versions ou flexions utérines vicieuses a pu amener la sédation du syndrome (Audebert).

La présence d'une métrite cervicale, accompagnée ou non d'ulcérations, a fait essayer avec succès à de La Torre l'application de tampons d'ichthyol sur le col utérin. Dans le même but on a pratiqué des cautérisations avec du nitrate d'argent, de l'acide chromique, de la teinture d'iode, voire le fer rouge.

Enfin on a tenté d'atténuer l'hyperesthésie du col avec des tampons imprégnés d'une solution de cocaïne à 10 ou 20 p. 100 (Swonnikow), ou enduits d'extrait mou de belladone.

Cependant, ces divers traitements peuvent rester sans action; les vomissements continuent, l'état général s'aggrave. On essayait alors autrefois, d'emblée, l'évacuation de l'utérus par avortement provoqué. Quelle que soit la pathogénie à invoquer, les vomissements s'arrêtent après l'expulsion de l'œuf, pourvu toutefois que la malade ne soit pas entrée dans la troisième période. Ce moyen doit d'ailleurs toujours être employé, même en dernier ressort.

L'avortement se provoque par les moyens ordinaires et l'on doit insister sur une asepsie rigoureuse.

On pourra se servir des ballons dilatateurs de Tarnier ou de Champetier de Ribes. Puech emploie le laveur dilatateur de Reverdin, qui expulse l'œuf en 10 ou 15 minutes et a l'avantage de diminuer l'hémorragie. Doléris a conseillé le curettage. On peut encore user de la méthode de Krause et placer une bougie en gomme n° 16 ou une tige de laminaire, qu'on laisse en place jusqu'à l'apparition des premières contractions.

Mais lorsque l'accoucheur se trouve en présence d'une femme atteinte de vomissements graves, et que les différentes médications et régimes employés n'amènent pas d'amélioration, il hésite toujours cependant avant de recourir à l'interruption de la grossesse : il ne s'y décide que quand l'accélération permanente du pouls, la diminution considérable du poids et l'insuffisance de la sécrétion urinaire lui indiquent qu'il y a danger pour la femme à ce que la grossesse continue.

M. le professeur Pinard admet que l'avortement s'impose quand

le pouls dépasse 100 pulsations à la minute d'une façon constante.

On doit songer aussi à ce moyen extrême si la quantité d'urine se maintient inférieure à 400 grammes par vingt-quatre heures.

Walzer se base sur l'apparition dans les urines de la diazoréaction d'Ehrlich; elle indiquerait d'après lui une telle gravité de l'intoxication que toute autre médication serait inutile.

Sans entrer dans la discussion des différentes théories pathogéniques des vomissements incoercibles, nombre d'opérateurs ont été frappés de ce fait capital : à partir du moment même où l'on commence les interventions qui ont pour but d'évacuer l'utérus (dilatation du canal cervical, introduction de laminaire, pose de petits ballons Champetier de Ribes), les vomissements s'arrêtent presque immédiatement.

Ce fait a été bien constaté, en particulier par Copeman (de Norwich), qui dans trois cas en 1874, vit les vomissements s'arrêter après avoir dilaté l'orifice de l'utérus avec les doigts et décollé le pôle inférieur de l'œuf.

D'autres opérateurs après lui ont usé de méthodes analogues.

C'est ainsi que Liégeois pratique avec les doigts la distension du canal cervical, y compris l'orifice interne, dilatation qu'il effectue pendant deux minutes tous les deux jours.

Kehrer, de son côté, a tamponné le col avec de la gaze iodoformée chez une malade de vingt et un ans, chez qui tous les autres moyens avaient échoué ; il n'avait pu essayer la méthode de Copeman, à cause de l'étroitesse et de la rigidité du col. Un premier tamponnement effectué à la treizième semaine fut suivi de deux autres, l'un à la vingt-sixième semaine et l'autre à la trentième. Il parvint ainsi à différer l'accouchement jusqu'à la trente-troisième semaine. L'enfant naquit viable et put être élevé.

Nous rapportons plus loin les différentes observations publiées, dans lesquelles la méthode de Copeman ou la dilatation du col avec des laminaires ont suffi pour arrêter les vomissements, ou les diminuer d'une manière assez marquée pour qu'on n'ait pas poussé plus loin les manœuvres d'avortement. Nous allons passer en revue ces observations et en rechercher la valeur.

Les observations de Copeman peuvent être discutées au point

de vue des indications de l'accouchement prématuré provoqué, car elles manquent de renseignements importants sur l'état de la femme (fréquence du pouls, diminution de poids, quantité des urines) qui permettraient de se rendre compte de la nécessité réelle de l'interruption de la grossesse.

C'est ainsi que dans sa première observation, Copeman dit simplement que la malade était si affaiblie (par des vomissements presque incessants) que l'on conservait de grandes craintes pour sa vie. Cette observation peut être d'autant plus discutée que l'auteur semble avoir manqué d'expérience obstétricale, puisqu'il ne put arriver, comme il le voulait, à rompre les membranes.

Sa deuxième observation est encore plus vague au point de vue des indications, puisque Copeman se contente de dire que le chirurgien qui soignait la femme était arrivé à cette conclusion que la délivrance artificielle serait nécessaire pour sauver la vie de cette femme enceinte de deux mois. Mais il ne donne aucun autre renseignement sur l'état général de cette femme.

Les mêmes réflexions peuvent être faites au sujet de sa troisième observation, d'une femme enceinte de huit mois qui, en raison de vomissements incessants, était devenue faible et émaciée.

Si donc Copeman a eu le mérite de montrer l'effet produit sur les vomissements par la dilatation digitale du col, il n'a établi d'une façon scientifique ni la valeur de cette méthode, ni ses indications.

Les observations de Dona manquent également de précision, puisque l'auteur, pour sa première malade, se contente d'écrire qu'elle rendait à peu près tout ce qu'elle prenait et qu'elle était très affaiblie.

Quant à la seconde observation, si deux séances ont amené une amélioration, l'effet n'a pas été durable, puisque au bout de dix jours les vomissements ont recommencé, et qu'en réalité Dona attribue la guérison au carbonate de lithine, qu'il administre pendant six jours, et au bicarbonate de soude.

L'observation de Ricard (1895) est un peu plus précise, et si l'auteur n'y indique pas la déperdition de poids, la fréquence du pouls, la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures, il note

cependant le degré de faiblesse et d'abattement. Il ajoute que le pouls est fréquent et mou, et qu'il y a de l'hypothermie, indice d'une dénutrition profonde.

Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est que l'introduction d'un hystéromètre et de tiges de laminaire amena la diminution des vomissements; mais, en réalité, il fallut l'introduction du doigt dans la cavité cervicale pour amener la disparition des accidents et pour permettre à la grossesse d'aller jusqu'à terme.

La seule réserve que l'on peut faire au point de vue de la valeur de la méthode, c'est que cette femme était manifestement hystérique.

L'observation de Dorff est une des plus probantes en faveur de la méthode. Bien que l'on se trouve en présence d'une hystérique nette, les phénomènes étaient devenus très graves, ainsi que l'indiquent la faiblesse et la fréquence du pouls, la sécheresse de la peau, la diminution des urines. Tous les symptômes disparurent après la dilatation du col par la laminaire. La suggestion peut avoir joué un grand rôle dans la guérison, puisque la malade avait peur de la délivrance en vue de laquelle on tentait ces manœuvres.

L'observation de M. Fieux est une des plus précises dans les détails, puisqu'il indique la déperdition de poids (la malade ne pèse plus que 37 kilogrammes, au lieu de 51), la fréquence du pouls (130) et la rareté des urines.

M. Fieux employa d'emblée le procédé de Copeman, en faisant la dilatation du col et en la faisant suivre du décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Bien que sa malade soit nettement hystérique, il n'en est pas moins important de constater que la méthode de Copeman a permis de laisser la grossesse aller jusqu'à terme.

L'observation de M. Garipuy est moins suggestive, parce que le pouls n'était qu'à 90, et que la diminution de poids notée n'est que de 1.100 grammes en cinq jours. Le Dr Bonnaire, dans le service duquel se trouvait cette malade, sachant qu'il avait affaire à une personne nerveuse, combina la dilatation du col et la

suggestion, puisqu'il affirma à cette malade qu'il avait évacué l'utérus. Il importe cependant d'observer que, lors d'une grossesse antérieure, n'ayant pas eu recours à la dilatation du col, il avait été obligé de provoquer l'avortement, en raison de l'état cachectique de la femme, de la diminution considérable de poids et des signes de névrite périphérique qui apparaissaient. On pouvait donc redouter chez cette femme l'apparition de semblables complications lors de cette seconde grossesse : les manœuvres employées ont permis à la grossesse d'évoluer sans incident.

L'observation que nous devons à l'obligeance de MM. Démelin et Lepage est intéressante en ce que les renseignements qui précèdent l'intervention sont précis au point de vue de la fréquence du pouls, qui était constamment au-dessus de 100. Entrée à la Clinique Tarnier le 16 janvier, cette femme était enceinte de trois mois et demi environ. Le Dr Démelin décida, d'accord avec le Dr Brindeau, à qui il montra la malade, de mettre une tige de laminaire, qui fut posée le 19 janvier.

Le 21 janvier, on posa une seconde tige de laminaire et, à partir de ce moment, les vomissements allèrent en diminuant. La quantité d'urine s'éleva progressivement de 600 à 1.200 et 1.500 grammes, en même temps que la malade commençait à s'alimenter.

Le 5 février, la malade fut prise de contractions utérines douloureuses, et elle expulsa un fœtus de 140 grammes.

On peut se demander si l'introduction des tiges de laminaire n'avait pas été suivie d'un décollement partiel de l'œuf, et si l'amélioration des vomissements, la reprise de l'alimentation n'étaient pas dues à l'arrêt de développement de l'œuf.

Dans cette hypothèse, la dilatation n'aurait agi que d'une manière indirecte en arrêtant la grossesse dans son développement. Mais l'examen très attentif du fœtus et du placenta montra à M. Lepage que la mort du fœtus ne devait guère remonter à plus de vingt-quatre heures, et ce fut l'opinion du professeur Pinard, qui fut consulté pour savoir si le fœtus était ou non mort depuis longtemps.

Quelle place doit occuper la méthode de Copeman ou ses dérivés dans la thérapeutique des vomissements incoercibles?

Il faut ici distinguer deux cas : ou bien l'accoucheur est appelé auprès d'une femme qui présentait déjà des signes inquiétants, qui montrent qu'on a peut-être déjà trop tardé avant d'interrompre la grossesse.

En pareil cas, la méthode de Copeman ne saurait trouver place : il y a intérêt à évacuer le plus rapidement possible la cavité utérine. Aussi, alors même que la dilatation du col serait suivie d'amélioration dans les symptômes de vomissements, il ne serait pas prudent de ne pas persévérer dans l'évacuation de la cavité utérine. Il ne faut pas oublier en effet que, dans la troisième période des vomissements graves, ceux-ci ont tendance à diminuer. Il y aurait danger de mort pour la femme à laisser la grossesse continuer en se basant sur la disparition des vomissements, alors qu'en réalité ce signe négatif est d'un mauvais augure.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque la femme est surveillée par l'accoucheur, et lorsque, malgré un traitement minutieux des vomissements, ceux-ci persistent avec intensité et sont accompagnés de troubles de la santé générale, il est légitime, avant de procéder d'une manière délibérée à l'évacuation de la cavité utérine, de tenter la dilatation, le décollement des membranes : ces manœuvres, qui peuvent exceptionnellement amener la sédation des accidents, préparent l'intervention radicale où elle paraît absolument indispensable.

Si l'amélioration paraît manifeste, il n'y a pas de doute sur l'opportunité de laisser la grossesse évoluer. Mais si, au contraire, il ne se produit pas d'amélioration marquée, il est préférable d'évacuer l'utérus.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Copeman, *British med. and surg. Journal*, 1875. — Traduite par Marcou.

Le 9 juin 1874, j'étais appelé auprès d'une dame de trente-cinq ans, avec deux autres praticiens qui lui donnaient déjà des soins. Elle était grosse de six mois environ et était si affaiblie par des vomissements presque incessants que l'on conservait de grandes craintes pour sa vie. Je remarquai que ces maux de cœur étaient accompagnés de contractions utérines faibles et, après examen, je trouvai l'orifice utérin partiellement dilaté, suffisamment pour admettre le doigt. Je jugeai utile de terminer l'accouchement sans délai. Cependant, les deux confrères présents manifestèrent la crainte de voir cette dame, à cause de son extrême faiblesse, ne pas pouvoir supporter les efforts de l'accouchement. Ils reconnurent néanmoins l'utilité de ce moyen, et je demandai à achever l'opération. Je dilatai alors l'orifice de l'utérus, comme je pus, avec le doigt, et je pouvais sentir les membranes et la tête de l'enfant. J'essayai de rompre les membranes avec une sonde de femme, le seul instrument que j'eusse sous la main; mais elles étaient si flasques, la tête offrait si peu de résistance, la sonde étant elle-même fort petite, que je ne pus réussir.

Jugeant qu'il fallait attendre d'avoir trouvé un autre expédient, nous nous retirâmes dans une autre chambre pour nous consulter. Une heure après nous revîmes la patiente et nous fûmes surpris que pendant ce temps elle n'eût pas eu envie de vomir. Nous essayâmes de lui faire prendre un peu de nourriture pour qu'elle fût mieux en état de supporter les manœuvres qui devaient suivre. Nous attendîmes une heure; puis une autre. Les vomissements ne reparaissaient pas. Nous passâmes le reste de la nuit à veiller. Pendant ce temps, l'amélioration continua et nous décidâmes de la laisser.

Je partis de bonne heure le matin, et quelques jours après je constatai un résultat favorable. Les vomissements n'avaient plus reparu et, au terme de sa grossesse, elle accouchait d'un enfant bien portant et elle-même revenait à la santé.

Ce cas a fait sur mon esprit une impression profonde, et je me suis étonné que le soulagement de vomissements si fréquents et si menaçants eût été obtenu par la dilatation de l'orifice utérin. Je m'expliquai ce résultat en me rappelant que cette tension inusitée pouvait produire une irritation sympathique.

OBSERVATION II. — Copeman, *British med. and surg. Journal*, 1875. — Traduite par Marcou.

Il ne se passa pas longtemps sans que je ne fusse appelé à constater dans le même pays, à une petite distance, un autre cas de vomissements pendant la grossesse, survenant au deuxième mois.

Le chirurgien, en attendant, avait adopté le traitement médical connu et était arrivé à cette conclusion : que la délivrance artificielle serait nécessaire pour sauver la vie de la malade. Me souvenant du cas précédent, j'examinai l'utérus. Je trouvai un peu d'antéversion et le canal assez dilaté pour admettre l'extrémité de mon doigt. Je le dilatai le plus que je pus, passant mon doigt tout autour, plissant et déplissant les bords de l'orifice. La patiente ne vomit que très peu après cette manœuvre, et nous la laissâmes, pensant que si les vomissements continuaient, je pourrais en venir à bout dans peu de jours en provoquant l'avortement.

Cette éventualité ne se présenta pas, et après une quinzaine de jours je recevais une lettre du mari, me disant que sa femme avait commencé à mieux aller une heure ou deux après mon départ, et que les vomissements avaient cessé. J'ai appris depuis quelque temps que la patiente est maintenant très bien portante et qu'elle compte accoucher ce mois-ci.

OBSERVATION III. — Copeman, *British med. and surg. Journal*, 1878. — Traduite par Marcou.

Un troisième cas s'est présenté, qui m'a permis encore d'essayer ce mode de traitement, nouveau autant que je crois.

Le 6 de ce mois (avril 1875), je vis, en consultation avec un praticien intelligent du pays, une dame d'une santé délicate, arrivée justement au huitième mois de sa grossesse. Elle était mère de neuf ou dix enfants. En général, au début de ses grossesses, et souvent pendant

plusieurs mois, elle avait été affectée de vomissements. Mais, durant les trois dernières semaines de celle-ci, les vomissements avaient été presque incessants. Elle ne pouvait rien prendre et était devenue faible et émaciée. Elle avait de plus une quantité considérable d'albumine et un peu de pus dans les urines, ainsi que quelques cylindres, ce qui faisait craindre qu'elle eût une maladie rénale. Elle n'avait cependant pas d'hydropisie et notre opinion fut en quelque sorte modifiée par ce fait que souvent, dans les derniers mois de ses grossesses, les urines contenaient de l'albumine. La patiente était si malade qu'elle aurait volontiers consenti à la délivrance artificielle si elle avait été nécessaire. J'examinai l'utérus et, comme dans les autres cas, je le dilatai comme je pus, avec mon doigt, dans l'espoir que les vomissements pourraient cesser après cette manœuvre. J'ajouterai que ce remède n'a pas été employé sans produire le résultat attendu. Peu de jours après ma visite, le mari me disait que sa femme n'avait pas eu de vomissements après mon départ et qu'elle était maintenant capable de prendre ses aliments sans inconvénient, quoiqu'elle fût encore faible et malade.

Le 23 juin, je recevais une lettre très satisfaite du chirurgien ordinaire de cette dame, me disant : « Je suis très heureux de vous annoncer que M^me^ X... est accouchée hier d'un enfant qui n'est pas le moins beau et le moins fort des huit. Vous pouvez certainement ajouter ce fait à ceux que vous m'avez racontés. Il n'est pas survenu de vomissements violents après que vous avez dilaté le col, et dans la dernière semaine, M^me^ X... a fréquemment pris avec plaisir et sans inconvénient des aliments solides. »

OBSERVATIONS IV et V. — M. Dona, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest*, mars 1900.

Dans ma pratique médicale, j'ai eu deux fois l'occasion de traiter les vomissements incoercibles chez les femmes gravides, par la dilatation du col de l'utérus.

Dans les deux cas, je n'ai eu recours à ce traitement qu'après avoir essayé sans résultat les autres moyens moins énergiques, recommandés contre cette affection, à savoir : la cautérisation du col utérin, différentes potions de cocaïne, résorcine, menthol, opium, eau chloroformée, bromure, potion Rivière, etc., etc.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme de dix-huit ans, nullipare, dans les antécédents de laquelle je trouvais l'impaludisme. La femme était au cinquième mois de la grossesse et très affaiblie, elle rendait à peu près tout ce qu'elle prenait, malgré toutes les potions qu'on lui administrait. Il a suffi d'une simple dilatation pour faire cesser

les vomissements; je l'ai soumise ensuite à un traitement à la quinine, en petites doses, à l'arsenic et l'eucalyptus, pour combattre l'impaludisme que je soupçonnais. La femme a supporté sa grossesse sans autres inconvénients et a accouché au terme normal.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, également nullipare, qui est entrée dans notre service de l'hôpital Colentina, pour une tuméfaction énorme et très douloureuse du genou gauche, due à une arthrite blennorrhagique. La femme avait un écoulement gonococcique vaginal très abondant et était grosse de quatre mois. Elle vomissait de trois à quatre fois par jour, plutôt après avoir mangé. Je lui ai fait plusieurs applications de pointes de feu sur l'articulation malade, après l'avoir anesthésiée avec une injection intra-rachidienne de 1 centigramme de cocaïne.

Elle a très bien supporté l'application d'un bandage compressif; mais trois jours après, la céphalalgie, qui suit d'habitude les injections de cocaïne, persistait et les vomissements étaient plus fréquents. L'urine ne contenait pas d'albumine. On a administré à cette femme des potions Rivière, soit simples, soit avec de la cocaïne et d'autres potions; je lui ai deux fois cautérisé le col avec du nitrate d'argent, mais sans résultat; la femme s'affaiblissait d'une manière sensible. On a dit que les émotions arrêtaient les vomissements incoercibles de la grossesse; notre malade a été très émotionnée à la vue du thermo-cautère et lorsqu'on lui a fait la piqûre intra-rachidienne : les vomissements ont persisté. J'ai eu alors recours à la dilatation du col utérin.

J'ai pris la lèvre supérieure du col avec une pince « tireballe » américaine et, introduisant quelques centimètres du dilatateur Sims, j'ai dilaté le col.

La femme, indocile, se mouvant brusquement, l'instrument a glissé, faisant une égratignure et provoquant un certain écoulement de sang. Ce jour-là, la femme n'a vomi qu'une fois. Les jours suivants, les vomissements ont persisté, quoique moins fréquents. Encouragé par ce léger succès, j'ai fait une nouvelle dilatation avec plus de précautions et prolongée pendant quelques minutes. Après cette intervention, les vomissements cessèrent complètement. La femme mangeait bien et commençait à revenir, j'étais très content de ce succès que je croyais définitif, lorsqu'au bout de dix jours, les vomissements recommencèrent et alors la dilatation du col n'eut plus aucun effet.

Il est vrai que je n'ai pas poussé la dilatation jusqu'au décollement des membranes, comme le recommande Copeman, qui même les perfore, mais bien entendu sans provoquer l'avortement.

A la suite de l'insuccès de la dilatation, la femme recommençant à s'affaiblir, je songeai à l'évacuation de l'utérus comme dernière ressource.

Mais, me basant sur l'affirmation faite à la Société par MM. Draghiesco et Cristeano (que les vomissements seraient dus à une altération du sang par la rétention de produits toxiques, par une accumulation dans l'organisme de substances incomplètement carburées et toxiques, par suite de la cessation de leur élimination dans le temps de la grossesse, chez certaines femmes et surtout les arthritiques), comme je n'ai trouvé ni chez la malade, ni dans ses antécédents, de signe d'arthritisme, je lui ai donné, comme le recommandent MM. Draghiesco et Cristeano, du carbonate de lithine. Pendant six jours, la malade en a pris chaque jour 2 grammes, mélangés à deux parties égales avec du bicarbonate de soude. Le résultat a été excellent : pendant ces six jours, la malade n'a vomi que trois fois. Il y a quinze jours de cela, la femme n'a plus vomi du tout et elle mange bien.

Le traitement a été suspendu après ces six jours. En même temps que les vomissements cessaient, la tuméfaction du genou s'était considérablement réduite. Il est certain que les sels de lithine, par la diurèse qu'ils provoquent, débarrassent l'économie des produits toxiques accumulés dans le sang, qui s'éliminent en partie par les muqueuses gastriques et provoquent les vomissements par mode réflexe.

Il est très probable que les toxines sécrétées par les gonocoques ont, dans ce cas, contribué pour une bonne part à ces vomissements.

OBSERVATION VI. — *In* thèse Ricard, Paris, 1895.

M^me^ X..., tempérament nerveux, facilement impressionnable, mais n'ayant jamais eu de crises nerveuses ni d'autre accident pouvant faire songer à une névrose, avait eu un état de santé assez médiocre jusqu'à l'âge de quinze ans. Assez chétive jusqu'à ce moment, elle vit alors sa santé s'affermir peu à peu. Réglée à peu près à cet âge elle le fut, par la suite, très régulièrement; mais souvent les pertes de sang étaient abondantes. Cependant, elle conserva une bonne santé et un aspect florissant.

Elle fut mariée à l'âge de vingt ans et devint enceinte environ seize mois après, c'est-à-dire vers la fin du mois de mars 1893. Dès le début de cette grossesse, elle présenta des vomissements assez fréquents, mais non de nature à inquiéter soit la malade elle-même, soit son entourage.

Trois semaines environ après la suppression de la menstruation, elle eut un violent chagrin en apprenant qu'un de ses proches parents venait d'être atteint d'une maladie grave. Le soir même, elle fut prise d'accidents nerveux consistant en un tremblement généralisé qui se continua pendant la nuit et finit par disparaître en laissant une violente fatigue et un certain état de dépression de tout l'organisme.

A partir de cette époque, le sujet de notre observation présente, après chacun de ses repas, très rarement lorsqu'elle est à jeun, des vomissements plus fréquents que précédemment et qui se répètent de plus en plus. La famille, troublée par ces phénomènes anormaux, fait venir son médecin, qui ne voit dans l'état de la jeune femme rien d'inquiétant. L'embonpoint est notable et, bien que le visage soit un peu pâle, l'affaiblissement n'est pas très considérable. Les urines ne renferment pas d'albumine, et il est permis de croire qu'une vie calme et une hygiène sévère atténueront ces troubles gastriques. Il se contente de faire une prescription sans importance.

Les conseils sont scrupuleusement suivis par la malade et par la famille. Mais les vomissements deviennent de plus en plus fréquents ; la malade maigrit considérablement ; ses forces diminuent à tel point que, bientôt, elle est obligée de garder constamment le lit. La pâleur augmente, le visage perd son expression, un bruit de souffle apparaît au premier temps et à la base.

L'alimentation devient impossible par la voie stomacale. La malade est dans un état de nausée continuel ; tous les mets sont rejetés ; l'intolérance de l'estomac est telle que la moindre gorgée de lait, de bouillon, de vin, ou d'un autre liquide quelconque, est rejetée aussitôt qu'avalée et que la vue du moindre aliment solide suffit pour produire des efforts de vomissements.

Tous les procédés d'alimentation par la voie gastrique sont successivement essayés : aliments froids, puis glacés, eau de seltz, champagne frappé, potion de Rivière, puis les anti-nervins, tels que la valériane, le bromure de potassium, le sirop polybromuré. Tout reste inutile et, les vomissements persistant avec la même intensité, la malade continuant à s'affaiblir, la situation commence à devenir véritablement inquiétante.

On a alors recours aux inhalations d'oxygène, puis à la faradisation descendante ; de la morphine, seule d'abord, puis associée à la cocaïne sont administrées par la voie stomacale sans aucun résultat appréciable, puis en injections sous-cutanées, sans plus de succès. Des lavements laudanisés ne donnent pas de résultat plus sensible.

Le médecin pensant avoir trouvé chez la malade quelques stigmates hystériques : rétrécissement du champ visuel, léger degré d'anesthésie pharyngée, douleur pelvienne à gauche de la ligne médiane (ovaralgie), essaie la suggestion pendant le sommeil hypnotique.

Le jour où la première séance est pratiquée, la malade vomit un peu moins ; mais dans la nuit elle reste inquiète, agitée, et le lendemain les vomissements reprennent de plus belle. Le lendemain, nouvelle séance d'hypnotisme et de suggestion ; elle ne donne aucun résultat.

Quelques nouveaux essais sont pratiqués; ils restent également infructueux.

La malade est devenue d'une faiblesse extrême. Elle était douée d'un embonpoint notable avant le début de sa grossesse, elle est aujourd'hui d'une maigreur excessive; elle n'est encore, pourtant, qu'au troisième mois de sa grossesse. Le visage est d'une pâleur cadavérique; les muqueuses sont décolorées, le bruit de souffle à la base tend à prendre un timbre rude et dans les jugulaires on entend un double souffle très net.

La faiblesse et l'abattement sont devenus tels que la malade reste des journées entières immobile dans son lit, ne se soulevant que quand le spasme du vomissement se montre. De temps en temps on constate des lipothymies qui durent quelques minutes. Le pouls est devenu fréquent et mou. La température, normale pendant les trois premiers mois, descend, dans les premiers jours du quatrième mois, à 36 degrés le soir comme le matin et bientôt à 35 degrés.

Pour combattre la faiblesse du pouls, le médecin pratique des injections de caféine dans le tissu cellulaire sous-cutané; en même temps, pour essayer de combattre l'affaiblissement, il fait dans la profondeur des muscles des injections sous-cutanées d'éther, puis d'alcool.

Rien n'y fait, l'intolérance stomacale reste la même. Il a alors recours aux lavements alimentaires. Mais la faiblesse de la malade est telle qu'elle n'a pas la force de résister aux mouvements péristaltiques qui tendent à expulser les liquides introduits dans la cavité du rectum, et ces lavements sont rendus presque intacts.

Des pulvérisations d'éther et de chloroforme sur la colonne vertébrale donnent les mêmes résultats que les médications précédentes.

Les affusions froides sont alors tentées. A la suite de la première, la malade est, prise d'une syncope tellement prolongée que la famille en est épouvantée et que le médecin lui-même, craignant un accident fatal, n'ose recommencer.

En face de ces accidents exceptionnellement graves et de l'état presque désespéré de la malade si le cours de la grossesse n'est pas rapidement arrêté en provoquant l'avortement, le médecin fait part de ses projets à la famille; puis, avec son consentement, il introduit dans l'utérus, à une profondeur de six à sept centimètres, un hystéromètre à l'extrémité arrondie et mousse. Il lui imprime quelques mouvements de latéralité, puis le retire.

Le jour même, la malade perd quelques gouttes de sang, ce qui indique un décollement partiel des membranes; mais la malade n'éprouve aucune douleur; aucune contraction utérine ne se produit et la grossesse continue son cours comme auparavant. Mais, fait remar-

quable, pendant les quatre ou cinq jours qui suivirent cette tentative, les vomissements diminuèrent de nombre et de fréquence, et la malade put conserver et digérer quelques gorgées de lait. Malheureusement, cette amélioration fut de courte durée, et moins de huit jours après, l'intolérance stomacale était tout aussi absolue qu'avant l'introduction de la sonde dans l'utérus. La faiblesse de la malade devient alors excessive, les lipothymies se répètent de plus en plus et se prolongent dans des proportions fort inquiétantes.

La famille, déçue dans son espérance, demande alors que le médecin veuille bien appeler un confrère en consultation. Cette proposition est acceptée avec empressement. Après une longue discussion, les médecins s'accordent sur ce point qu'il est impossible de songer à temporiser plus longtemps, et une nouvelle tentative d'avortement est décidée.

Afin de pouvoir agir plus facilement sur l'œuf, ils songent d'abord à dilater le canal cervical et, pour cela, ils introduisent une tige de laminaire, qui, au bout de douze heures, est remplacée par une autre plus volumineuse.

Leur stupéfaction fut grande en apprenant, le lendemain matin, que la malade avait passé une nuit très calme, qu'elle avait vomi deux ou trois fois seulement et que si elle n'avait pas dormi c'était par suite des douleurs produites par la dilatation du col.

Prévenus par le premier essai, ils n'attachent aucune importance à cette atténuation momentanée, et un fagot de tiges de laminaire est placé dans le col après ablation de la grosse tige précédente.

La malade passe une journée excellente. Elle boit environ un demi-litre de lait, quelques gorgées de potage et de vin de malaga; elle n'a pas eu, pendant toute la journée, un seul effort de vomissement.

Les deux médecins revenant dans la soirée et apprenant l'état de bien-être dans lequel se trouvait leur cliente, ne sont pas moins étonnés que la veille; mais l'état calme contraste tellement avec l'agitation et les symptômes menaçants des jours précédents, qu'ils sont logiquement conduits à attribuer ces résultats à la dilatation du col.

Des recherches bibliographiques sur ce sujet leur apprennent alors les résultats heureux que ce procédé, différemment appliqué, avait donnés à Copeman. Ils surseoient donc à l'avortement, en craignant presque qu'il ne vienne à se produire par suite des manœuvres qu'ils avaient pratiquées sur le col.

Cette crainte ne se réalisa pas. La grossesse continua à évoluer normalement pendant une quinzaine de jours; la malade avait repris à manger quelques œufs et d'autres aliments légers. L'amaigrissement diminue peu à peu.

Mais alors des vomissement reparaissent et leur fréquence s'accroît

rapidement. Le médecin de la famille utilise alors le procédé de Copeman et introduit peu à peu la première phalange de son index dans la cavité du col, jusqu'au moment où il sent que la pulpe digitale vient toucher les membranes. Une légère pression avec l'autre main sur la paroi abdominale lui fait nettement sentir la tête. Il retire alors son doigt, fait un lavage du vagin avec de l'eau boriquée et recommande le repos.

Le jour même, quelques vomissements se produisent; mais la nuit suivante et les jours qui suivirent furent assez calmes pour la malade. Elle n'avait guère qu'un ou deux vomissements par jour.

Elle était alors au sixième mois de sa grossesse; son embonpoint reparaissait avec une rapidité inattendue. L'appétit était bon; les nausées rares et facilement calmées par quelques boissons glacées. Le sommeil était seul un peu troublé, la malade se réveillant assez souvent en proie à des cauchemars. Elle se levait un peu dans la journée; mais la faiblesse des jambes était encore trop grande pour permettre la marche. Elle se contentait donc de passer quelques heures dans un fauteuil, assise, ou sur une chaise-longue.

Elle arriva ainsi au terme de sa grossesse. L'accouchement fut normal, et même remarquablement rapide. L'enfant, venu en présentation du sommet, était d'un volume moyen et bien portant (25 novembre 1894). Trois semaines après, Mme X... commença à se lever, et depuis elle a toujours été bien portante.

OBSERVATION VII. — Dorff, *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, nov. 1906.

Mme X..., âgée de vingt-deux ans. Excepté un stridor laryngis, elle a toujours possédé une santé parfaite. A l'âge de quatorze ans, premières règles, se reproduisant à périodes irrégulières, peu abondantes, sans douleurs. Sa sœur unique a toujours été en parfaite santé. Sa mère, très nerveuse, a souffert pendant des années de névralgies atroces, surtout de la tête, et d'autres symptômes nerveux que l'on a qualifiés du nom de neurasthénie. Le père a un tempérament très vif et nerveux.

Mariée à l'âge de vingt ans, notre malade devient tout de suite enceinte; cinq semaines après son mariage, elle vient me consulter pour la première fois.

Elle se plaint de nausées constantes et de petits vomissements revenant de temps à autre. Elle marche avec grande peine.

Je constate la grossesse et en même temps une rétroversion mobile de la matrice. Un pessaire retient bien sa matrice dans la position normale.

Les premiers jours après cette intervention, la malade semblait aller

mieux. L'appétit se manifestait plus vivement, mais avec un goût pervers pour les aliments qu'elle détestait auparavant. Quelques jours après, une paralysie complète des deux cuisses, rendant la malade absolument immobile, se déclarait pour ainsi dire subitement et sans douleur. A vrai dire, la malade s'était plainte de fourmillements et de lourdeur des jambes. L'examen de la sensibilité fait connaître qu'elle était diminuée sous toutes ses formes.

A ce moment le globus hystéricus était très fréquent et la malade était atteinte d'une toux quinteuse, sèche, à accès presque ininterrompus. L'absence d'expectoration, de fièvre et de tout signe stéthoscopique nous l'avait fait ranger parmi les autres signes névropathiques.

Au bout de trois semaines, la paralysie complète des cuisses disparaît soudainement, comme elle était venue, et fait place à une parésie des deux jambes à partir des genoux. Cette parésie ne tarda pas à se changer en paralysie complète. Les pieds pendaient inertes du côté interne.

La sensibilité tactile, thermique et à la douleur avait subi une très notable diminution. La sensibilité électrique musculaire était conservée. La malade n'accusait aucun trouble de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat. L'humeur au début de ces accidents est restée ce qu'elle avait toujours été, c'est-à-dire très gaie. Comme traitement, on recourut à l'électricité et au massage. A partir de la dixième semaine de la grossesse, on a exactement noté tout ce que la malade prenait de nourriture.

Les aliments les plus étranges furent retenus, pendant que d'autres, faciles à digérer, furent vomis. Toutefois, l'état général restait, grâce aux lavements nutritifs appliqués journellement, assez satisfaisant. Même on a eu l'espoir fondé de voir arriver la malade jusqu'au quatrième mois, où les vomissements cessent en général; mais subitement, au milieu du quatrième mois, il se fit un changement complet et inattendu dans la situation.

Toute tentative d'alimentation était immédiatement suivie de vomissements, et ces vomissements continus devinrent si intolérables que la malade refuse opiniâtrement le moindre aliment. Pendant cinq jours elle ne prit pas une goutte d'eau. La température baissa; le pouls, qui jusqu'alors était resté à peu près normal, devint chaque jour plus faible et plus fréquent; la voix était éteinte, la langue raccourcie, la peau sèche, poussiéreuse. L'urine se fit rare, mais à part des urates et de l'acide urique, elle ne contient à aucun moment ni sucre, ni albumine.

Une intervention sérieuse, qui ne pouvait être autre chose que l'avortement artificiel, s'imposait impérieusement. La famille désirait tout essayer avant de recourir à cette suprême ressource. Un confrère expérimenté fut appelé qui, pendant deux jours, essaya de la suggestion. Mais tous les efforts restèrent vains. Kaltenbach a guéri un cas grave de vomis-

sements incoercibles par la suggestion. On avait suggéré à la malade que l'estomac contenait des éléments nuisibles. Après lui avoir donné du lait, on lavait son estomac. Alors on assurait à la malade que tout était au mieux et qu'elle ne vomissait plus. En effet, les vomissements cessèrent dès ce moment. Je n'ai jamais trouvé dans ma pratique une indication de devoir faire employer la suggestion comme moyen curatif.

Pourtant je tiens à vous relater un cas où la suggestion seule a amené une guérison temporaire. Il s'agit d'une dame avec disposition très nerveuse, mère d'un enfant. Un an après l'accouchement, elle est sujette à des sensations érotiques qui persistent malgré la meilleure volonté et qui agissent d'une façon désastreuse sur son état nerveux. Sur mon conseil elle est allée chercher la guérison dans un sanatorium. Le médecin dirigeant, après avoir tenté tous les moyens curatifs, comme électricité, massage, application de l'eau sous toutes formes sans aucun résultat, a recouru à la suggestion, qui, en effet, a supprimé ces sensations pendant huit mois. Revenues de nouveau, la suggestion les a réprimées deux fois pour un temps de six à dix mois. Une autre de mes malades, atteinte du même mal, s'est suicidée après la seconde attaque de ce genre.

Les suggestions n'ayant rien changé à l'état de notre malade, on décida, avec le consentement d'un autre confrère, l'avortement artificiel. Jamais on ne devrait entreprendre cette intervention sans le conseil préalable d'un second confrère, les vomissements incoercibles malgré l'avortement pouvant persister et provoquer la mort de la malade.

Pendant que le confrère X... essayait d'insensibiliser la malade par la suggestion, je plaçai un laminaria dans le canal cervical. Je ne parvins à en placer qu'un, d'un calibre moyen; le col était trop dur. Le lendemain je l'enlevais. Aucune douleur de délivrance ne s'était manifestée. D'autre part, une amélioration inattendue était survenue. La malade, qui refusait jusqu'ici toute nourriture, la demandait spontanément. Cette amélioration s'accentua de jour en jour, et après quelques semaines la malade était complètement rétablie, mangeant, digérant comme avant la grossesse. Seulement la paralysie des jambes n'avait point changé. On continuait l'électricité sans résultat appréciable; malgré cela M^me^ N... a accouché facilement au terme normal d'une fille, qui, bien formée, pourrait cependant être considérée comme un enfant dont la mère aurait subi un traitement diététique à l'effet de rendre l'enfant moins fort et en conséquence de faciliter l'accouchement.

L'enfant s'est bien développée. La paralysie des jambes qui, au moment de l'accouchement, était encore complète, disparut en quelques mois sous l'application du courant constant. La malade s'est rétablie sous tous les points; elle monte en vélo et fait de grandes courses sans fatigue.

OBSERVATION VIII. — G. Fieux, *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1906.

Un certain nombre d'observations publiées dans ces derniers mois m'ont remis en mémoire et m'ont fait rechercher l'observation d'une jeune femme à laquelle je fus appelé à donner mes soins en 1899, alors que je faisais une suppléance de vacance dans le service de la Maternité.

Le 18 septembre, un de nos confrères amenait lui-même dans le service une jeune femme de vingt ans dont l'état lui causait une extrême inquiétude. D'une bonne santé habituelle, bien qu'assez nerveuse, elle avait eu, à dix-huit ans, une première grossesse. Le début de celle-ci fut si troublé par un ptyalisme abondant et par des vomissements graves, qu'à plusieurs reprises la question d'avortement provoqué fut posée ; au cinquième mois, cependant, ces accidents s'atténuèrent, le terme de neuf mois fut atteint et l'accouchement dut être terminé par une application de forceps. Les suites de couches furent bonnes et les règles revinrent régulières comme par le passé. A noter simplement que l'état nerveux s'était sensiblement exagéré.

En 1899, les règles se montrent pour la dernière fois, du 15 au 20 juin. Une quinzaine de jours après la disparition des règles, se manifeste un état nauséeux qui est, pour la malade, le premier indice de sa grossesse. Puis très vite les vomissements s'exagèrent, accompagnés d'un ptyalisme très abondant. De temps à autre, la malade conservait seulement un peu de bouillon et de champagne.

Dans le courant du mois d'août, c'est-à-dire du deuxième mois de la grossesse, on arrive à faire tolérer, tantôt quelques boissons glacées, tantôt quelques boissons très chaudes. Dans la première quinzaine de septembre, l'intolérance devient presque absolue, et c'est dans un état absolument alarmant que son médecin l'amène à la Maternité le 18 de ce mois.

Il est inutile de décrire longuement l'aspect et le facies de cette jeune femme ; on comprendra assez quel était son état lamentable en apprenant que le poids, qui était de 50 kilogr. 900 avant la grossesse, était tombé à 37 kilogrammes le jour de son entrée dans le service. Je n'insiste pas non plus sur les traitements variés qui avaient été tentés : la potion de Rivière à plusieurs reprises, les ventouses sur le creux épigastrique, les pulvérisations de chlorure d'éthyle sur la colonne vertébrale, le sac de glace, les piqûres de morphine, les potions au menthol, etc., etc., tout avait échoué, et la malade nous déclara tout net à l'arrivée qu'elle était persuadée qu'elle ne guérirait qu'une fois l'avortement réalisé. La langue est sèche et rouge, la soif ardente, le

thermomètre est à 37°2, le pouls à 130. Les urines sont rares, couleur acajou et légèrement albumineuses. L'utérus remonte à 7 centimètres au-dessus du pubis. Le col présente à gauche une légère déchirure commissurale.

Le jour de son arrivée, je tâche de faire comprendre à cette malade qu'on ne pourra l'opérer comme elle le désire que si elle se remonte un peu. Elle garde alors un peu de thé au rhum et du champagne frappé, ce qu'elle n'avait pas fait depuis un certain nombre de jours. Néanmoins sa faiblesse reste excessive, et le lendemain matin la vue seule de quelques liquides présentés provoque des vomissements et du ptyalisme. Dans les quarante-huit heures qui ont suivi son arrivée, la perte de poids a été de 600 grammes, soit 300 grammes par jour. Les inhalations d'oxygène pendant ces deux jours n'ont donné aucun résultat.

Il était temps de prendre une détermination. Cependant, avant de recourir à l'ultime ressource thérapeutique, l'avortement provoqué, je résolus de tenter un procédé relativement peu employé, le procédé de Copeman. Copeman (de Norwich), en 1875, montra que la dilatation digitale du col utérin, suivie du décollement du pôle inférieur de l'œuf, pouvait être suivie de la cessation des vomissements jusque-là incoercibles.

C'est la petite intervention que je pratiquai sous chloroforme le 20, à une heure du soir. Elle fut faite sans difficulté et dura en tout quinze minutes. Au réveil, la malade est avertie que l'*opération* est faite et que, par conséquent, *elle ne doit plus vomir*. Elle déclare, en effet, qu'elle se sent déjà beaucoup mieux, et, malgré l'anesthésie chloroformique, elle prend vers le soir du bouillon et du lait qu'elle garde.

Le lendemain 21, elle a, avant de rien prendre, quelques vomissements muqueux, mais quelques heures après elle prend avec plaisir et tolère du potage, du champagne, du vin rouge et des biscuits. Elle fait un autre petit repas semblable dans la soirée.

Le surlendemain 22, à sept heures du matin, elle réclame instamment son déjeuner et prend du pain, du potage et de la viande blanche. A partir de ce moment, elle peut être considérée comme guérie, car malgré quelques nausées espacées et un peu de ptyalisme, elle s'alimente de telle sorte que, le 23 au soir, elle pesait 37 kil. 800, soit 800 grammes de gain en trois jours.

Le 24, elle quitte le service, nous remerciant vivement de l'opération qui l'a si bien soulagée. Sa mère, qui l'accompagne, est au courant de ce qui a été fait, et nous promet le secret le plus absolu.

Dans les semaines qui suivent son départ de la Maternité, cette jeune femme constate bien qu'elle grossit un peu, mais elle met ceci sur le compte de l'embonpoint qui accompagne le relèvement de ses forces et

ne s'en préoccupe pas davantage. Mais, dans les premiers jours de novembre, elle ressent dans son ventre quelques mouvements qui lui rappellent ce qu'elle a déjà ressenti à l'occasion de sa première grossesse. Elle en fait part à sa mère, qui ne croit pas utile ni possible de cacher plus longtemps la vérité.

A vrai dire, cette nouvelle fut l'occasion d'un certain choc, les vomissements reparurent pendant quarante-huit heures environ, mais bien vite la malade se ressaisit et la grossesse poursuivit son cours sans incidents.

L'accouchement se fit à terme, spontanément, et aboutit à la naissance d'un enfant de 3.460 grammes.

Je n'userai pas de cette observation pour essayer d'éclairer la pathogénie toujours si obscure de ce que l'on appelle le vomissement incoercible de la grossesse. Cette histoire ne me fera pas prendre parti plutôt pour ceux qui considèrent ces vomissements comme le résultat d'une auto-intoxication, que pour ceux qui ne voient là qu'une manifestation d'un nervosisme exagéré.

Si j'ai publié ce fait, ce n'est point non plus pour recommander le procédé de Copeman plus qu'un autre; c'est tout simplement pour rappeler que le vomissement grave de la grossesse ne possède pas de traitement spécifique. Avant de recourir à l'avortement thérapeutique, il est légitime de s'adresser à ces mille petits moyens décrits et connus qui, *a priori*, paraissent étranges, mais qui n'en arrêtent pas moins le cours de cette affection si décevante aussi bien pour celui qui en recherche la nature que pour celui qui en recherche la guérison.

OBSERVATION IX. — M. Garipuy, *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1907.

Cette femme est une récidiviste en fait de vomissements incoercibles; c'est une secondipare de vingt-deux ans qui n'offre aucun antécédent pathologique. Retenons seulement que sa mère, morte de tuberculose, était atteinte d'une maladie nerveuse. Elle-même, sans avoir présenté de crises convulsives, est très impressionnable, a des crises de larmes et se met souvent en colère.

Il y a deux ans, elle fut admise à la Maternité de Lariboisière au deuxième mois de sa grossesse pour vomissements graves. A cette époque, tous les traitements rationnels lui furent appliqués, mais sans aucun résultat. La malade arrivant à l'état cachectique (diminution de 8 kilogrammes en dix-huit jours), des signes de névrite périphérique diffuse apparaissant et pouvant se rapporter à des signes d'intoxication profonde, M. Bonnaire pratiqua l'exérèse de l'œuf. Les vomissements cessèrent peu à peu en deux jours.

Cette femme est revenue à Lariboisière le 29 décembre, au début d'une nouvelle grossesse, que la réapparition des vomissements, aussi incoercibles qu'il y a deux ans, ne rend pas douteuse pour elle.

Les dernières règles sont du 10 novembre.

On constate par le toucher uni au palper du globe utérin qu'il s'agit bien d'une grossesse de six semaines. Du reste, l'amaigrissement de la malade est tel, que cet examen est extrêmement facile. Il n'existe pas de déviation utérine, le col est absolument normal.

La malade est en état grave : son teint est plombé, ses yeux excavés, son nez pincé, ses lèvres rouges et sèches. Le ventre est rétracté, les épines iliaques font saillie sous la peau de façon caractéristique. La voix est à demi cassée. Cette femme vomit tout et même plus que ce qu'elle prend : vomissements tantôt bilieux, tantôt alimentaires, mais pas très pénibles.

Quelques troubles nerveux : diminution du champ visuel, abolition du réflexe pharyngien, plaques d'hyperesthésie et d'anesthésie disséminées à la surface du corps, surtout aux membres inférieurs, peuvent être plutôt attribués à l'état d'hystérie larvée qu'à l'auto-intoxication gravidique.

Comme toujours la constipation est opiniâtre, on sent le côlon ascendant distendu par des matières dures.

La température est de 37°,5. Le pouls est à 90.

Dans les urines, la diminution des chlorures et la perversion du rapport azoturique (urée sur acide urique) par excès de ce dernier élément, deux caractères que M. Bonnaire considère comme constants dans les formes intenses, et qu'il a exposés dans la thèse de Mettey, ne sont ici qu'à l'état d'ébauche, mais les vomissements ne datent que de quinze jours.

Comme il y a deux ans, le déblayage de l'intestin par superpurgation saline, le repos absolu de l'estomac avec transfusion par voie rectale de sérum isotonique (eau 1.000 grammes, phosphate de soude 50), n'arrivent pas à modérer les vomissements non plus que l'amaigrissement progressif.

La malade perd 1.100 grammes en cinq jours.

L'état général n'est pas tellement grave pour que l'interruption de la grossesse s'impose comme c'était le cas il y a deux ans.

Mais l'insuccès de toute thérapeutique nous donnait à craindre que cette éventualité ne devînt nécessaire à brève échéance.

L'évacuation suffisante de l'intestin, grâce à la superpurgation, ne permet pas de mettre sur le compte d'une auto-intoxication digestive pure les accidents précités. Si, chez toute femme atteinte de vomissements incoercibles, deux éléments fauteurs de la maladie se combinent

pour lui donner naissance : le nervosisme et la copro-intoxication, on sait que, suivant les types, tantôt c'est le premier, tantôt le second qui joue le rôle prédominant.

S'agit-il d'une auto-intoxication digestive, le nettoyage de l'intestin fera disparaître les vomissements. Sur les dix observations de vomissements incoercibles de la Maternité de Lariboisière recueillies dans la thèse de Mettey, ce traitement a suffi à amener la guérison dans cinq cas.

Mais s'il s'agit de femmes réellement hystériques, soit à grandes crises, soit à forme larvée, comme il semble que c'est le cas chez notre malade, non seulement le nettoyage de l'intestin, mais encore tout traitement de même ordre échouera à l'habitude. C'est sans doute ces malades qu'avait en vue Kaltenbach quand il professait que les vomissements incoercibles étaient exclusivement une manifestation de l'hystérie.

Intimement convaincu que notre malade répondait à ce type, sans perdre plus de temps à essayer de médications diverses, mais aussi avant de recourir par urgence à l'évacuation de l'utérus, M. Bonnaire décida d'user de la suggestion et de simuler, grâce à la dilatation du col, la pratique de l'avortement provoqué, déjà connue de la malade.

L'effet de la suggestion eût été nettement démonstratif si on se fût contenté d'endormir la femme, de pratiquer au niveau du vagin seulement une intervention légère destinée à lui laisser l'impression de manœuvres opératoires subies.

M. Bonnaire fit plus, il appliqua la méthode de Copeman. La série de bougies de Hegar fut introduite sous narcose au chlorure d'éthyle jusqu'au n° 18 dans le canal cervical. A son réveil, la malade était d'autant plus convaincue que l'avortement était effectué qu'on lui fit passer sous les yeux une cuvette avec quelques caillots de sang.

Depuis, les faits cliniques se sont succédé exactement comme après l'avortement véritable d'il y a deux ans. Deux jours après, les vomissements avaient complètement cessé.

L'augmentation de poids se produit peu à peu du 3 au 8 janvier, la malade augmente seulement de 30 grammes; à partir du 8 jusqu'au 15, de 310 grammes.

Actuellement, la malade est guérie de ses vomissements, mais non de son état d'hystérie, car elle vient de nous en donner une manifestation puérile en nous montrant des urines, qu'elle affirmait avoir rendues telles qu'elles, et qui étaient constituées par un mélange de lait et d'urine, ainsi que nous l'ont montré le cathétérisme et l'examen clinique (160 de lait pour 1.000, a dit par comparaison le dosage des chlorures).

Nous nous garderons bien de laisser croire à la malade que sa grossesse continue, nous la nierons jusqu'au terme, si nous pouvons, et

tâcherons de lui persuader que les mouvements du fœtus n'existent que dans son imagination.

En somme, cette observation doit, d'une façon discutable, compter comme un succès de la méthode dite de Copeman.

Les auteurs assignent comme mode d'action à ce traitement la mise en jeu d'un réflexe utéro-gastrique.

Nous nous demandons, avec M. Bonnaire, s'il ne serait pas plus logique, tant cette explication est vague, de considérer que la dilatation du col, avec son apparat d'opération chirurgicale, n'agit pas simplement à titre d'élément suggestif.

Dans le cas que nous venons de relater, nous croyons qu'elle n'a agi que comme adjuvant anodin à la suggestion pure à laquelle, nous le répétons, M. Bonnaire n'a pas voulu avoir seulement recours. En raison de l'état grave de notre malade, il n'a pas voulu se priver d'une méthode qui a déjà fait ses preuves quel qu'en soit le mode d'action.

OBSERVATION X. — Inédite (Due à l'obligeance de MM. les Drs Lepage et Démelin et rédigée d'après les notes recueillies par M. Coudert, chef de clinique).

Cette malade entre à la Clinique Tarnier le 16 janvier 1907; c'est une secondipare dont les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier. Cependant, à noter, un caractère hyperexcitable, emporté et, à intervalles très éloignés, quelques crises nerveuses.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 24 septembre. Vers le 20 novembre, apparition des premiers vomissements qui, rapidement, prennent une gravité toute particulière. L'état général se modifie sensiblement, et la malade entre à Lariboisière dans le service du Dr Bonnaire. Le diagnostic de vomissements incoercibles est porté : le traitement consiste en purgatifs répétés. Sous l'influence du traitement, les symptômes s'améliorent, et, après avoir séjourné une huitaine de jours à Lariboisière, la malade rentre chez elle, ne vomissant plus.

Du 10 au 25 décembre, l'état se maintient satisfaisant. Mais, le 26 les vomissements reparaissent, et la malade, souffrant d'un point de côté, entre à la Maison Dubois, dans le service de M. Courtois-Suffit, où on fait le diagnostic de congestion pulmonaire grippale de la base droite.

Traitement. — Ventouses, morphine. Les symptômes pulmonaires s'amendent, mais les vomissements devenant de plus en plus fréquents, la malade se cachectisant, sur l'avis du Dr Dubrisay, demandé en consultation, la malade est transportée à la Clinique Tarnier, où elle arrive le 16 janvier 1907.

État général. — État général très mauvais. Malade cachectique, sans

forces, parlant à peine. Teinte subictérique des téguments. Matin : T, 39°; P, 118.

Appareil digestif. — Vomissements continuels. La malade ne garde absolument rien et rend immédiatement après absorption d'un aliment quelconque. Les liquides glacés, pris même en très petite quantité, ne sont pas gardés. Constipation rebelle.

Appareil génital. — Utérus développé comme dans une grossesse d'environ trois mois et demi. Au toucher vaginal : col normal, en situation normale, sans lésions. Culs-de-sac vaginaux libres et non douloureux. Utérus gravide en position normale.

Appareil pulmonaire. — Submatité à la base droite. Quelques râles sous-crépitants à ce niveau. Point de côté. Gêne respiratoire. Pas d'expectoration.

Appareil cardio-vasculaire et appareil urinaire. — Normaux.

Système nerveux. — Pas de stigmates d'hystérie.

Traitement. — Ventouses sèches. Quelques gorgées d'eau glacée à prendre. Purgatifs. Oxygène.

Poids de la femme : 42 kil. 700.

17 *janvier.* — Matin : T, 37,2; P, 96; soir : T, 37,4; P, 112. La malade rend tout ce qu'elle prend. Mêmes symptômes. Même état général.

Traitement. — Deux lavements évacuateurs. Ventouses sèches.

Poids de la femme : 42 kil. 700.

18 *janvier.* — Matin : T, 36,3; P, 106; soir: T, 37,2; P, 112.

Mêmes symptômes. Même traitement + lavement nutritif + 300 gr. de sérum sous-cutané.

Poids de la femme : 41 kil. 800.

19 *janvier.* — Matin : T, 36,4; P, 112; soir : T, 36,8; P, 112. L'état général est de plus en plus mauvais. La malade est aphone et sans forces. La teinte ictérique des téguments est très accentuée. Doit-on ou ne doit-on pas interrompre la grossesse? C'est la question que l'on se pose depuis quarante-huit heures.

Le Dr Demelin fait voir la malade au Dr Brindeau. Ils conseillent la pose d'une tige de laminaire en évitant autant que possible l'ouverture de l'œuf.

On pose la laminaire à 6 heures du soir. Dans le courant de la nuit quelques douleurs apparaissent. La laminaire est retirée au bout de vingt-quatre heures.

20 *janvier.* — Matin : T, 36,7; P, 114; soir : T, 36,7; P, 114. Un grand lavement évacuateur + un lavement nutritif + 500 grammes de sérum. Alimentation nulle.

21 *janvier.* — Matin : T, 36,5; P, 116; soir : T. 37,3; P, 112. Pose d'une seconde tige de laminaire. Quelques contractions, 500 grammes

de sérum en quatre fois, quatre vomissements dans la journée. Alimentation nulle.

22 *janvier.* — Matin : T. 37,4; P, 114; soir : T, 37,5; P, 108. Enlèvement de la laminaire. Lavement purgatif. Lavement alimentaire, 250 grammes de sérum. Alimentation nulle.

Aucun vomissement de la journée.

23 *janvier.* — Matin : T, 37; P, 100; soir : T, 37,4; P, 100. 170 grammes de sérum. Lavement alimentaire. Oxygène en permanence. Pulvérisation d'éther au niveau de la région épigastrique.

Un seul vomissement. — Alimentation nulle.

24 *janvier.* — Matin : T, 36,6; P, 100; soir : T, 36,8; P, 104. Deux lavements évacuateurs. Lavements alimentaires. Pulvérisation d'éther. Oxygène, 150 grammes de sérum. Bronchite légère. Ventouses sèches. L'état général est toujours mauvais. La teinte ictérique a diminué. Alimentation nulle.

25 *janvier.* — Matin : T, 37,2; P, 100; soir : T, 37,3; P, 104. Même traitement. Mêmes symptômes. Pas de vomissements.

26 *janvier.* — Matin : T, 36,8; P, 96; soir : T, 36,8; P, 100. Même traitement, 600 grammes d'urine.

27 *janvier.* — Matin : T, 36,8; P, 96; soir : T, 36,6; P, 92. Lavement alimentaire, 700 grammes d'urine.

28 *janvier.* — Matin : T, 36,6; P, 88; soir : T, 36,6; P, 88. Lavement alimentaire, 1.000 grammes d'urine.

29 *janvier.* — Matin : T, 36,6; P, 84; soir : T, 36,6; P, 100. Lavement alimentaire + 150 grammes de sérum.

30 *janvier.* — Matin : T, 36,6; P, 92; soir : T, 36,6; P, 92. Lavement alimentaire + 150 grammes de sérum, 1.200 grammes d'urine. *Commence à s'alimenter.* A 9 heures du soir : frisson ; T, 38,4; P, 104.

31 *janvier.* — Matin : T, 37,2; P, 100; soir : T, 37; P, 96. Un peu de lymphangite de la cuisse droite au niveau d'une injection antérieure de sérum. Urine : 1.400 grammes.

1er *février.* — Matin : T, 36,6; P, 88; soir : T, 36,6; P, 88. Urine : 1.500 grammes. Se plaint de souffrir du ventre.

2 *février.* — Matin : T, 36,8; P, 84; soir : T, 37; P, 96. Se plaint de souffrir du ventre.

3 *février.* — Matin : T, 36,4; P, 84; soir : T, 37,6; P, 88. Urine : 1.300 grammes.

4 *février.* — Matin : T, 37; P, 92; soir : T, 37,4; P, 96. Urine : 1.200 grammes.

5 *février.* — Matin : T, 36,9; P, 100; soir : T, 37; P, 88. Vers 6 heures du matin, douleurs abdominales. Toucher vaginal. Dilatation de 2 centimètres. Membranes rompues depuis une heure.

Contractions toute la journée. A 4 h. 25 du soir, expulsion d'un fœtus *paraissant mort depuis peu de temps* (la question se pose de savoir s'il y a relation entre la mort du fœtus et la cessation des vomissements. Ceux-ci ont disparu depuis le 25 janvier, et certainement la mort du fœtus ne remonte pas à cette date).

Poids du fœtus : 190 grammes.

Délivrance spontanée incomplète à 6 heures du soir. Injection intra-utérine simple. Poids du placenta : 80 grammes.

Température normale. Expulsion d'un cotylédon. A partir de cette date, température normale. Suite de couches entièrement physiologiques. La malade reprend des forces très rapidement et sort de la Clinique en excellent état le 17 février.

Poids de la femme le 25 février : 45 kil. 800.

CONCLUSIONS

1° Parmi les complications qui peuvent survenir dans le cours de la grossesse et surtout pendant les premiers mois, il faut ranger les vomissements graves. Par leur intensité, par le retentissement qu'ils ont sur l'état général de la femme, ils peuvent forcer l'accoucheur à interrompre la grossesse.

2° Lorsque les accidents qui résultent des vomissements graves sont réellement inquiétants (accélération du pouls, rareté des urines, déperdition considérable de poids), il faut se résoudre à interrompre la grossesse le plus rapidement possible.

3° Dans certains cas, la conduite est plus délicate. Les vomissements sont réellement graves, mais ils n'ont pas encore déterminé dans l'organisme maternel les symptômes alarmants qui commandent sans discussion l'évacuation immédiate de l'utérus.

Dans ces cas, on peut utiliser l'une des différentes méthodes qui consistent à dilater le canal cervical et au besoin à y introduire le doigt ou un instrument dont l'extrémité décollera les membranes.

Parmi les observations publiées, s'il en est où le nervosisme intense de la femme peut faire mettre en doute l'efficacité réelle de ce traitement, en revanche, il en est quelques autres où cette méthode a produit une diminution et même une disparition des vomissements et a permis à la femme de mener la grossesse à bien.

4° Toutefois, lorsque à la suite de ces interventions les vomissements diminuent ou disparaissent, il est nécessaire de surveiller la femme d'une manière très rigoureuse : il y aurait pour elle un danger considérable à prendre pour une amélioration réelle la

diminution des vomissements qui s'observe dans la troisième période ou période terminale des vomissements graves de la grossesse.

5° Si, comme dans l'observation que nous avons rapportée, l'introduction de laminaires est suivie d'un arrêt des vomissements mais aussi de l'expulsion de l'œuf au bout d'un temps variable, l'accoucheur ne peut regretter cette intervention, puisqu'il a la certitude d'avoir ainsi tout tenté pour concilier les intérêts de la mère et du fœtus.

Vu :

Le Président de la thèse,

PAUL SEGOND.

Vu :

Le Doyen,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Anoufriew. — Rôle thérapeutique de l'hypnose dans les vomissements incoercibles de la grossesse, *Journal d'Acc. et de Gyn.*, juillet-août 1900.

Antouchewitch. — Contribution à la thérapeutique des vomissements incoercibles de la grossesse, *Congrès de Moscou*, août 1897.

Bar et **Bienfait.** — Deux cas de vomissements graves de la grossesse traités par galvanisation du pneumogastrique, *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1895.

Barth. — Un cas d'auto-intoxication gravidique avec vomissements incoercibles, *Sem. méd.*, 16 nov. 1898.

Behm. — Des vomissements incoercibles de la grossesse, *Zeitsch. für Geburt. u. Gynäk.*, Stuttgart, 1903 ; — *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1903.

Boissard. — *Semaine médicale*, 5 sept. 1895 et 3 janvier 1901.

— Des vomissements incoercibles de la grossesse, *Journ. des Praticiens*, 21 oct. 1899 ; — *Revue générale de Clin. et de Thérap.*, 1906.

Bouffe de Saint-Blaise. — Les auto-intoxications de la grossesse, *Congrès de Marseille*, 1898 ; — *Actualités médicales*, 1902.

Briend. — *Étude sur les vom. inc. de la grossesse*, Thèse Paris, 1896.

Brocchi. — Traitement des vomissements de la grossesse, *Bull. gén. de Thérap.*, 30 août 1899.

Brunon et **Jeanne.** — Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie, *Bull. médic.*, 1906.

Carfaguini. — La cura dei vomiti incoercibile della gravidazza, *Rassegna d'Ostet. e Gynec.*, Napoli, 1906.

Champetier de Ribes. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 14 mars 1895.

Charrin. — Toxicité urinaire et auto-intoxication, *C. R. hebd. de la Soc. de Biol.*, juin 1900.

Condamin. — Les lavements de sérum artificiel contre les vomissements incoercibles de la grossesse : *Sem. méd.*, 15 janvier 1902 ; *Lyon médical*, 2 février 1902 ; *Gaz. des Hôp.*, 11 février 1902.

Copeman, de Norwich. — *British medical and surgical Journal*, 1875 et 1878.

Copaldi. — Recherches expérimentales sur l'infection utérine et l'intoxication consécutive à la coprostase, *Arch. d'Obst. et de Gyn.*, août 1903.

Démelin. — Traitement des vomissements incoercibles, *J. des Praticiens*, 6 février 1897.

Dirmoser. — *Den vomitus gravidarum perniciosus*; Wien, 1901.

— — Hyperemesis gravidarum, *Wiener medizin. Wochensch.*, 20 février 1897.

Dona. — Dilatation du col utérin sans avortement comme traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie. de Bucarest*, mars 1900.

Dorff. — Sur un cas de vomissements incoercibles de la grossesse, *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, nov. 1896.

Fieux. — Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse heureusement traité par la méthode de Copeman, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1906.

Fruhinsholz et Jeandelize. — Insuffisance des organes thyro-parathyroïdiens et éclampsie, *Presse méd.*, 1902, p. 1023.

Gallois. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par l'eau oxygénée, *J. de Méd. de Paris*, 7 nov. 1897.

Garat. — *Influence de la ménopause sur le développement de la folie*, Thèse de Paris, 1892.

Garipuy. — Un cas de vomissements incoercibles traité par la méthode de Copeman et la suggestion, *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1907.

Guéniot. — Thèse d'Agrégation, Paris, 1863.

Jacobs. — Opothérapie ovarienne, *La Policlinique*, 1896, n° 23 ; *Journal d'Acc. de Liége*, 1897, n° 23 ; — *Congrès de la Soc. belge de Chir.*, juin 1898.

Jayle. — Opothérapie ovarienne de la ménopause artificielle post-opératoire et de la ménopause naturelle, *Revue de Gyn. et Chir. abd.*, 1898, n° 2.

Kaltenbach. — Ueber Hyperemesis gravidarum, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, XXI, p. 200-208.

Kehrer. — Gazetamponade der Mutterhalses zur stillung des Hyperemesis gravidarum, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1896, n° 15.

Kolipinsky. — The dietetic traetment of the vom. of pregn., *New-York med. Journ.*, 1906.

Larat et Gautier. — Traitement électrique des vomissements incoercibles de la grossesse, *Revue internat. d'Electrothérapie*, 1896.

La Torre. — Ichthyol dans les vomissements de la grossesse, *Soc. méd. des Hôp. de Rome*, 1er semestre 1896 ; *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 24 septembre 1896.

Luez. — *Traitement des vom. de la gross. d'origine nerveuse*, Thèse de Paris, 1892-93.

Lwow. — Hyperemesis Gravidarum, *Deut. medic. Zeitung*, 1900.

Marcou. — Thèse de Paris, 1878.

Martin. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, *Revue méd. de Normandie*, Rouen, 1906.

Merletti. — Sull' auto-intox. gravid., *Rivista di Ostet. e Gin.*, déc. 1897.

Mettey. — *Traitement des vom. inc. de la gross.*, Thèse de Paris, 1903-04.

Mueller. — Zur Aetiol. u. Ther. des Schwangerschaftsbrechens., *Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1906.

Nicholson. — Traitement de l'auto-intoxication gravidique par l'extrait de corps thyroïde, *Transact. of the Edinb. obst. Soc.*, vol. 28, 1902-03.

Nizhoff. — Auto-intoxication en hyperém. gravid., *Med. Revue*, Haarlem, 1903.

Palm. — Beitrag zur Hyperem. gravid.; *Deutsch. Prax.*, Munchen, 1906.

Pierrhugues. — *Etude critique sur les vom. de la gross.*, Thèse de Paris, 1902-03.

Pinard. — Pathogénie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, *Concours méd.*, Paris, 1902 ; — *Ann. de Gyn.*, 1880 ; — *Congrès de Nantes*, 1901 ; — *Congrès de Rome*, septembre 1902.

Ponson. — *Traitement diététique des vom. inc. de la gross.*, Lyon, 1906.

Pozzi. — Étiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, *Arch. di Ostet. e Gin.*, mai-juin 1897.

Puech. — Une observation de vomissements incoercibles ; Curettage comme méthode d'avortement artificiel, *Annales de Gyn.*, août 1895.

Ribemont-Dessaignes et **Lepage.** — *Précis d'obstétrique* ; Paris, Masson.

Ricard. — *Dilatation du col de l'utérus contre les vom. inc.*, Thèse de Paris, 1894-95.

Rudaux. — Vomissements de la grossesse ; Clinique et thérapeutique, *La Clinique*, Paris, 1906.

Schœnfeld. — Ower hyperem. gravid., *Med. Weekl.*, Amsterdam, 1906-07.

Semmola. — *Gaz. med. ital. lombarda*, 1878.

Stone. — The treatment of hyperem. gravid., *N.-York State J. M.*, 1906.

Swonnikow. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la cocaïne, *J. de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 avril 1900.

Terrien. — Vomissements incoercibles, *Anjou médic.*, Angers, 1902.

Tripier. — *Élect. médic.*, 1885, p. 120.

Walzer. — Indication de l'avortement provoqué dans les vomissements graves de la grossesse, *Deut. med. Wochensch.*, 1900, n° 28 ; — *Centralbl. f. Gyn.*, 15 décembre 1900.

Weiss. — Cocaïne dans les vomissements de la grossesse, *Journal de Méd. de Paris*, 16 décembre 1900.

Williams. — Pernicious vomiting of pregnancy, *Trans. Am. gynec. Soc.*, Philadelphie, 1905.

Zegers. — Los vomitos de la prenez., *Rev. medic. de Chile*, 1904.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 16159.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE